



# Utviklingsprosjekt: Effektivisering av dagkirurgisk operasjonsaktivitet ved Førde Sentralsykehus

Nasjonalt topplederprogram

Robert Brennersted

## **Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet**

Operasjonsavdelingen ved Førde Sentralsykehus (FSS), med anestesitjenester og operasjonssykepleiere, er organisert samlet under Avdeling for akuttmedisin (AAM). Dagkirurgisk senter er koordinerende instans for pasientflyt og operasjonsplanlegging for alle opererende avdelinger som bruker operasjonsavdelingen. Operasjonsavdelingen er liten, med 7 stuer, om lag 5700 anestesier årlig og 60% dagkirurgi. Antall inngrep økte med 7,3% fra 2011 til 2012, og kapasiteten er presset. Operasjonsstuen er samlet i én operasjonsavdeling med én sluse. Avdelingen har akuttberedskap 24/7 for alle opererende avdelinger og sykehuset har status som traumesykehus.

Bruk av samme areal og bemanning til all kirurgisk produksjon er et resultat av operasjonsvolum og arealforutsetninger, og er hensiktsmessig for å ivareta tilstrekkelig breddekompetanse og antall personale i vaktordningene. Imidlertid hindrer det oss i å rendyrke dagkirurgisk pasientflyt og effektivitet. Best mulig ressursutnyttelse påhviler spesialisthelsetjenesten. Dette prosjektet søker å effektivisere dagkirurgisk produksjon, og gjennom det øke andel operasjoner som gjøres ferdig på dagtid.

En bieffekt vil være å bidra til økt tilgjengelighet av LIS- og overlegekompetanse til pasientmottak på vakttid – uten kostnadsdrivende bemanningsøkning på legesiden.

Prosjektet er ønsket gjennomført av direktør i kirurgisk klinikk, og berører i all hovedsak linjeorganisasjonen i kirurgisk klinikk.

## **Problemstilling og målsetting, herunder resultatmål og effektmål**

Prosjektet søker å øke produktiviteten i dagkirurgisk produksjon uten å svekke kvalitet eller beredskapskapasitet i operasjonsavdelingen.

Effektmål:

- Økt produksjon på dagkirurgiske operasjonsteam.

Resultatmål:

- Kompetanseheving innen dagkirurgisk pasientflyt og teknikker, for anestesipersonale, operasjonspersonale og operatører.
- Standardisering av forløp gjennom entydige retningslinjer og aggregering av like inngrep i operasjonsplanleggingen.
- Tilpassede årsturnuser for anesthesisykepleiere, operasjonssykepleiere og anestesileger slik at sammenhengende arbeidsperioder foregår med dagkirurgi uten vakter.

## **Analyse og argumentasjon rundt problemstilling**

Dagkirurgi foregår gjerne i egne dagkirurgiske avdelinger, enten i privat eller offentlig regi. Produksjonen er egnet for "selvstendige" enheter ved at de driver elektiv aktivitet skjermet for øyeblikkelig hjelp. Dagkirurgiske enheter trenger ikke samme nærhet til akuttmottak, intensivavdeling eller parakliniske tjenester som en blandet kirurgisk aktivitet. En mindre personalgruppe som dagarbeidstakere har de beste forutsetninger for kompetansebygging og utvikling av optimale forløp. Ferie- og høytidsdager kan avvikles ved å stenge aktiviteten. Vår bemanningsmessige hovedutfordring er imidlertid at operasjons- og anesthesisykepleiergruppen i den samlede operasjonsavdelingen allerede er for liten til å bemanne vakter, ferier og

høytidsdager med eget personale. Vaktkompetanse betinger jevnlig rotasjon mellom de kirurgiske disipliner vi skal ha beredskap for.

Helse Førde har vedtatt arealplan for FSS 20 år frem i tid. I denne planen er det vedtatt operativ virksomhet i ett samlet areal i sentralblokken. Virksomheten, enten den er for dagkirurgiske eller inneliggende pasienter, må dele dette arealet.

Andelen dagkirurgi er utsatt for variasjon. Politisk styrte økonomiske incentiver, tilgang på hotellplasser, offentlig transporttilbud og medisinsk utvikling vil blant annet påvirke dette. Separate avdelinger for dagkirurgi og for inneliggende kirurgi vil medføre en rigiditet i forhold til varierende behov – både fra dag til dag og endringer over tid.

Rammevilkårene fører oss til drift av dagkirurgi og øvrig kirurgi i samme avdeling, og bruk av samme personale. Likevel bør vi tilpasse de dagkirurgiske forløpene til særegenhetene ved denne typen kirurgi: Kortere inngrep og flere bytter per operasjonsstue, mulighet for å beholde eget tøy på deler av kroppen, mindre behov for rene og sterile prosedyrer, innslusing på egne ben og ut i stol osv.

Hvis personalet skal oppnå flyt og god effektivitet må vi lære av de som er gode på rendyrket dagkirurgisk drift, og ta hjem det som er appliserbart i vår kontekst. Det fordrer opplæring, men også kulturendring.

Det ligger flere lederutfordringer i dette prosjektet. Gjeldende oppfatninger av hva som er god behandling og hva som øker risiko må tas opp til vurdering, spesielt på operasjonssykepleiersiden i forhold til hygieniske forholdsregler med vask av operasjonsstuene og innslusingsprosedyrer. Det skal lages samordnede arbeidstidsordninger mellom ulike personalgrupper. Og styring av operatørene, både bruk av arbeidstid og bruk av standardforløp, krever aktiv linjeledelse i de respektive avdelingene.

Etter opplæring må personalet utvikle sin praksis. Ved å utnytte muligheten i årsturnuser for spesielsykepleierne kan det skapes rom for å fokusere på dagkirurgisk aktivitet. Uten å endre antall dagvakter og helgevakter, kan definerte perioder settes av til sammenhengende dagarbeidsperioder med dagkirurgi. Resten av turnusperioden brukes til rotasjon mellom disiplinenes større inngrep og avvikling av helgevakter. Anestesilegene har allerede en rammestyrte og fleksibel ressursplanlegging. Teamene vil ikke bli like rutinerte som i rene dagkirurgiske avdelinger, men de vil til gjengjeld opprettholde en mye bredere kompetanse og gjøre det mulig for oss å stille med kontinuerlig øyeblikkelig hjelp beredskap. En slik tilrettelegging av arbeidstid vil kreve medvirkning fra seksjonslederne, de ansattes tillitsvalgte og vernetjenesten. En kan også diskutere forskyvning av arbeidstid mellom ukens dager innenfor rammen av dette prosjektet, for eksempel ved at en noe lengre arbeidstid i begynnelsen av uken kan kompenseres med tidlig avslutning fredag. Dette vil være et gode for arbeidsgiver, med tømning av overvåkningsplassene før helg, og kanskje et gode for de ansatte.

Standardiserte forløp som tillater god utnytting av stuekapasiteten betinger forutsigbarhet helt fra operasjonsindikasjonen stilles. Premedikasjon, operasjonsfelt og leie, utstyr som skal brukes, anestesimetode og postoperativt regime må være avtalt på forhånd. Endringer i siste liten, enten på grunn av forhold hos pasient eller fagpersonell, må minimeres. Dette kan virke selvfølgelig, men vi har et forbedringspotensiale på dette området. Det er ikke alltid evidens for at en metode er bedre enn en annen, men det å holde seg til én metode har betydning for effektiviteten. Her må

legene både på anestesi- og operatørsiden innordne seg felles prosedyrer framfor å følge individuelle faglige vurderinger.

Om prosjektets mål ikke oppnås, og det evalueres som uhensiktsmessig, vil det være mulig å reversere til dagens drift etter prosjektperioden.

## Fremdriftsplan med milepæler

Aktivitet	Uke 1	Uke 2	Uke 3	Uke 4	Uke 5	Uke 6	Uke 7	Uke 8	Uke 9	Uke 10	Uke 11	Uke 12	Uke 13	Uke 14	Uke 15	Uke 16	Uke 20	Uke 32	Uke 34
Prosjekt møter					x		x						x			x		x	
Kommunikasjon (Kommunikasjonsplan i vedlegg 4)		1		2				3					4	5	5	6		7	
Forberedende arbeid Fremlegg og endelig godkjenning av prosjekteier (klinikkdirektør). Oppnevning av prosjektleder, prosjektgruppe og styringsgruppe.	x		x																
Kompetanseheving Utpeke arbeidsgruppe for studietur. Velge og avtale med destinasjon(er). Forarbeider til studietur. Gjennomføre studietur. Gjennomføre 2 felles internundervisninger à 30 minutter for personalet ved operasjonsavdelingen, dagkirurgisk senter og opererende avdelinger.					x	x	x				x			x	x				
Standardisering Kartlegge de 10 vanligste dagkirurgiske inngrep. Hvor mange utføres per dag av disse inngrepene, og hva er byttetid mellom inngrep. Revidere eller utarbeide retningslinjer for standardhåndtering. Retningslinjer godkjent.							x						x			x			
Arbeidsplanlegging Kartlegge dato for påfølgende turnusperioder. Utarbeide forslag til rotasjonsordning med dagkirurgi. Identifisere personell som skal inngå. Godkjente turnuser.							x						x	x		x			
Oppstartdato																	x		
Overføre ansvar for drift til linjeledere og operasjonsplanlegger																x			
Evaluerings etter 3 mnd drift Sammenlikne operasjoner per dag og byttetider med oppstartverdiene. Kartlegge medarbeidertilfredshet med ny drift. Identifisere forbedringer eller behov for endring.																		x	x
Rapport til prosjekteier.								x								x			x

## Budsjett - nøkkeltall

Arbeidstid for prosjektdeltakere og prosjektstøtte tas gjennom ordinær drift.

Gave til studiested à 1000	2000
----------------------------	------

Studiereise (belastes moderavdelinger) à 6000	72000
<i>SUM</i>	74000

## Risikoanalyse

Det er utarbeidet egen risikoanalyse for prosjektet, se vedlegg 5. Identifiserte hovedutfordringer er konflikter mellom gjeldende hygieniske forholdsregler i operasjonsavdelingen og tidsbesparende reduserte krav til ulike dagkirurgiske inngrep, samt konkurrerende arbeidsoppgaver for operatørene som har operasjonsdag.

## Konklusjoner og anbefalinger

Dette forbedringsprosjektet har liten direkte økonomisk kostnad, men krever en kulturendring i måten vi arbeider med de dagkirurgiske pasientene. Hypotesen er at vi vil øke produksjonen per operasjonsteam ved å stabilisere personell i dagkirurgiske team for en periode, samtidig som vi hever kompetansen rundt dagkirurgi og standardiserer forløpene.

Min anbefaling er å kjøre prosjektet både for den direkte måloppnåelsen, men også for å sette et mulighetsbilde for kortere byttetider i resten av operasjonsavdelingen.

## Vedlegg

Arealplan Møller  
Vedlegg 1 og 2

Interessentanalyse  
Vedlegg 3

Kommunikasjonsplan  
Vedlegg 4

Risikoanalyse  
Vedlegg 5

Presentasjon  
Vedlegg 6